



Ministère des affaires sociales et de la santé

Direction générale de l'offre de
soins (DGOS)
Sous-direction du pilotage de la
performance des acteurs de l'offre de
soins (SD-PF)
Bureau de la qualité et de la sécurité
des soins (PF2)

Personne chargée du dossier :
Mikaël LE MOAL

tél. : 01 40 56 41 54
fax : 01 40 56 50 45
mél. : mikael.lemoal@sante.gouv.fr

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé

INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2016/355 du 29 novembre 2016 relative au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes.

Date d'application : immédiate

NOR : **AFSH1634978J**

Classement thématique : établissements de santé

Validée par le CNP le 18 novembre 2016 - Visa CNP 2016 - 169

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : La présente instruction a pour objet de préciser les conditions de renouvellement en 2017 du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes.

<p>Mots-clés : infection ostéo-articulaire, labellisation, référence, cahier des charges, dossier de candidature</p>
<p>Textes de référence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circulaire DHOS/F2/F3/DSS/1A N° 2008-356 du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé • Instruction N°DGOS/PF2/2010/466 du 27 décembre 2010 relative au dispositif de prise en charge des IOA complexes
<p>Annexes :</p> <p>Annexe 1 Avis du CTINILS du 28 août 2006</p> <p>Annexe 2 Cahier des charges</p> <p>Annexe 3 Dossier de candidature</p>
<p>Diffusion : Directions des établissements sanitaires.</p>

Le dispositif national des structures labellisées pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires (IOA) complexes (centres de référence IOA ou CRIOA) a été créé en 2008 après avis des sociétés savantes concernées et de la CTINILS¹ (annexe 1). Il a pour objectif d'assurer sur tout le territoire et dans les meilleures conditions la prise en charge des IOA les plus complexes, et de contribuer à la prévention de la survenue de ces infections et de leur complexification dans un contexte d'augmentation du nombre de prothèses posées et de vieillissement de la population (voir chiffres cités en annexe 2).

Il existe en 2016 vingt-quatre structures, labellisées en deux niveaux (centres de référence ou centres correspondants, selon leurs missions définies par l'instruction du 27 décembre 2010).

Ce dispositif a depuis 2008 évolué avec :

- la définition en 2010 de critères pour la complexité (instruction ci-dessus) qui permet l'application de GHS majorés² pour les séjours chirurgicaux³,
- la mise en place en 2012 d'un système d'information national pour les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) et d'une base de données associée,
- la mise en place d'un congrès des CRIOA en 2013
- la création d'un diplôme inter-universitaire (DIU) national dédié aux IOA en 2014,
- la mise en place d'un comité scientifique des CRIOA en 2016.

Au 1^{er} juillet 2017, la labellisation des structures constituant le dispositif des CRIOA sera renouvelée pour 5 ans.

¹ Avis du comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) relatif « aux centres de référence pour la prise en charge des IOA à l'exclusion des IOA d'origine hématogène », adopté en séance le 28 août 2006.

² Arrêté du 28 février 2011 modifiant l'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

³ La définition des GHM chirurgicaux initialement concernés a été modifiée au 1/03/2015, notice technique ATIH du 19/12/2014

Principes et objectifs de la nouvelle labellisation

A l'occasion du renouvellement du dispositif national, certains éléments feront l'objet d'attention particulière lors de la sélection finale. Ces éléments sont issus des constats réalisés lors de l'actuelle période de labellisation et présentés lors des synthèses DGOS des rapports annuels successifs.

En particulier :

- Les CRIOA retenus sont d'abord des structures prenant en charge les infections sur prothèses orthopédiques chez l'adulte (hanche, genou).
- Les CRIOA retenus devront présenter une activité relative suffisante en matière de séjours pour IOA et ils devront réaliser des RCP sur un rythme moyen au moins bimensuel ;
- Les CRIOA retenus devront garantir une attractivité homogène sur leur territoires de recrutement⁴ et devront déployer des moyens pour assurer effectivement cette attractivité;
- Les CRIOA devront tous mettre en œuvre la mesure spécifique de la satisfaction des patients⁵ ;
- Les CRIOA coordonnateurs doivent effectivement réaliser les missions d'orientation, animation coordination et délivrance d'avis qui leur reviennent et pour lesquels ils sont financés⁶. A défaut de réalisation effective, ces CRIOA ne seront pas labellisés comme coordonnateurs.

Par ailleurs ne pourront candidater et ne seront labellisées que des équipes individuelles et des sites géographiques et non plus des établissements juridiques. Cette mesure concerne en particulier les 3 assistances publiques (annexe 2 page 5).

Le dispositif cible retiendra un nombre total de CRIOA labellisés qui ne sera pas supérieur au nombre actuel, s'agissant de structures expertes et de recours dotées d'une masse critique.

Le cahier des charges.

Le document fourni en annexe 2 actualise le cahier des charges des structures labellisées. Il est à fournir pour leur information à l'ensemble des structures candidates.

Il rappelle les types de missions à réaliser par les deux catégories de CRIOA (renommées en 2017 en CRIOA coordonnateurs et CRIOA correspondants) avec un tableau comparatif en page 7.

Il propose une organisation cible, certains des critères retenus étant exigibles de tous les candidats à la labellisation (pluridisciplinarité des prises en charges, RCP au moins bimensuelles, mesure de la satisfaction des patients IOA). D'autres critères seront appréciés à l'examen comparatif des candidatures afin de les répartir entre CRIOA coordonnateur ou correspondant.

⁴ La zone de recrutement effective des candidats sera évaluée par étude cartographique.

⁵ Une procédure a par exemple été développée par le CRIOA de Lille-Tourcoing.

⁶ Financement sur la base de 2 ETP chargés en 2016.

Le dossier de candidature.

Il s'appuie sur les principes du cahier des charges.

Ce document est à adresser à tous les établissements candidats qui devront vous les retourner complétés et accompagnés d'un engagement de la direction de leur établissement.

Nous vous remercions de bien vouloir nous retourner ces dossiers de candidature complets et accompagnés de l'appréciation individuelle du directeur général de l'ARS sous le présent timbre pour le **24 mars 2017**.

Le processus de sélection

Les dossiers transmis par vos soins à la DGOS seront examinés individuellement par une commission nationale ad hoc qui regroupera représentants des ARS, des usagers, des professionnels des CRIOA et l'administration.

La sélection définitive des candidatures interviendra en mai 2017 pour une mise en place au 1er juillet 2017.

Nous vous remercions de bien vouloir nous tenir informés de toute difficulté que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente instruction.

Pour la ministre et par délégation

signé

Anne-Marie ARMANTERAS-DE SAXCÉ
Directrice générale de l'offre de soins

Pour la ministre et par délégation

signé

Pierre RICORDEAU
Secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales



MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

**AVIS DU COMITE TECHNIQUE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ET DES
INFECTIONS LIEES AUX SOINS**

**relatif aux centres de référence pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires à
l'exclusion des infections ostéo-articulaires d'origine hématogène**

adopté en séance le 28 août 2006

**(validé par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section des maladies
transmissibles, le 24 novembre 2006)**

Considérant d'une part que

1. les infections ostéo-articulaires recouvrent essentiellement les infections sur prothèses ou sur matériel d'ostéosynthèse et les infections post-traumatiques (fractures ouvertes) qui sont le plus souvent des infections post-opératoires ;
2. les infections ostéo-articulaires peuvent mettre en jeu le pronostic vital, mais beaucoup plus souvent le pronostic fonctionnel.

Considérant d'autre part que

3. environ 100 000 prothèses totales de hanche et 50 000 prothèses totales de genou sont mises en place chaque année en France [1] ;
4. le risque d'infection sur prothèse ostéo-articulaire malgré les mesures de prévention par l'antibioprophylaxie et l'utilisation d'enceinte à flux laminaire, est en France de 1,5 à 2,4 % pour les prothèses de hanche, et d'environ 0.6 % pour les prothèses de genou [2-4] ;
5. à partir de ces données, le nombre de nouveau cas d'infections ostéo-articulaires en France peut ainsi être estimé entre 2000 et 2500 par an ;
6. une étude de la CRAM du Nord Pas de Calais Picardie rapporte en termes de conséquences d'infections profondes du site opératoire post-implantation de prothèse totale de hanche que 50% des patients arrêtent définitivement leur activité professionnelle et que pour les autres patients l'arrêt de travail dure 2 ans en moyenne [Rapport interne non publié].

Considérant également que

7. la prise en charge des infections ostéo-articulaires est complexe, et fait appel à plusieurs disciplines : chirurgie (orthopédique et plastique), bactériologie, infectiologie, imagerie médicale, anesthésie, rééducation fonctionnelle et rhumatologie. Pour certaines de ces infections chroniques, une prise en charge psychologique et sociale est nécessaire ;
8. les capacités d'expertise et l'organisation du parcours de soins sont deux conditions nécessaires pour la prise en charge de qualité pour un patient atteint d'infection ostéo-articulaire, qu'elle soit communautaire ou nosocomiale ;
9. l'expertise concerne le diagnostic microbiologique, la stratégie de traitement définie sur la base d'un avis pluri-disciplinaire et de référentiels validés ;
10. cette expertise nécessite une expérience de la prise en charge des pathologies concernées ;
11. la prise en charge repose sur des traitements spécifiques de qualité, en particulier chirurgical et anti-infectieux ;
12. le parcours de soins du patient repose sur un accès rapide au diagnostic et aux soins les plus appropriés et une prise en charge globale et continue jusqu'au domicile.

Le CTINILS recommande que la prise en charge des infections ostéo-articulaires repose sur l'association des compétences suivantes :

1. une équipe chirurgicale orthopédique expérimentée,
2. une équipe de microbiologistes capable de mettre en œuvre les techniques diagnostiques spécifiques recommandées,
3. une équipe infectiologique organisée pour cette prise en charge spécifique,
4. une équipe d'anesthésistes mobilisée et impliquée,
5. une structure capable de gérer la mise en place et le suivi de l'utilisation des voies veineuses centrales,
6. une équipe de médecine interne compétente en rhumatologie et un service de rééducation ou, à défaut, un professionnel effectuant des vacations spécifiques,
7. une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière active,
8. un service de pharmacologie (ou le laboratoire de microbiologie) pour le dosage des anti-infectieux,
9. un service d'imagerie disponible, doté d'une IRM et d'une tomodensitométrie,
10. une organisation permettant une prise en charge psycho-sociale.

Le CTINILS considère qu'il est important de définir des centres de référence pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires

1. dont la mission est d'assurer une expertise et une prise en charge de qualité des infections ostéo-articulaires en réunissant autour du patient l'ensemble des compétences nécessaires ;
2. dont le niveau d'activité relative à ces pathologies permet d'entretenir une expérience spécifique de leur prise en charge ;
3. caractérisés par la capacité à prendre en charge en priorité les infections ostéo-articulaires les plus complexes, soit les infections qui nécessitent des gestes d'excision et/ou de reconstruction large, les

infections post-opératoires profondes compliquées, les infections en échec d'une première prise en charge, et les infections qui requièrent d'emblée une approche multidisciplinaire (pseudarthrose septique, infection à bactérie multi-résistante, infections sur ostéosynthèse ou prothèse ...)

4. et répondant aux exigences suivantes :

- organiser une prise en charge pluridisciplinaire,
- mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaire,
- mettre en place la traçabilité des pratiques,
- informer, aider et orienter les patients,
- mettre en place l'évaluation des pratiques professionnelles, notamment évaluer l'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire par la méthode du chemin clinique,
- mettre en place des programmes de recherche sur les infections ostéo-articulaires,
- organiser le signalement externe des infections nosocomiales et réaliser un signalement pour chaque cas d'infection ostéo-articulaire pris en charge relevant des critères de signalement prévus par la réglementation,
- produire des informations relative à la prise en charge des infections ostéo-articulaires en termes de type et de niveau d'activité, de pratiques d'antibioprophylaxie et de consommation d'antibiotiques, d'incidence des infections de site opératoire, de survenue de complications liées aux soins.

CET AVIS NE PEUT ETRE DIFFUSE QUE DANS SON INTEGRALITE, SANS SUPPRESSION, NI AJOUT.

Références

[1] <http://www.atih.sante.fr>

[2] Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (Raisin) octobre 2005
Surveillance des infections du site opératoire en France en 1999 et 2000 – Résultats
http://www.invs.sante.fr/publications/2003/raisin_2002_vf.pdf

[3] Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (Raisin) octobre 2005
Surveillance des infections du site opératoire en France en 2001, 2002 et 2003 – Résultats
http://www.invs.sante.fr/publications/2005/iso_raisin_2001_2003/index.html

[4] ISO Sud Est, Réseau de surveillance des infections du site opératoire Rapport général 1999 – 2000 A.
Savey, J. Hajjar, E. Caillat-Vallet, J. Fabry, page 13
http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/reseaux/iso/rapport_ISO/RAP9900.pdf

Annexe 2 Cahier des charges

Cahier des charges des centres labellisés pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires (IOA) complexes.

Références :

- Avis du comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) relatif « aux centres de référence pour la prise en charge des IOA à l'exclusion des IOA d'origine hématogène », adopté en séance le 28 août 2006 ;
- Circulaire DHOS/F2/F3/DSS/1A N° 2008-356 du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé ;
- Note de cadrage DHOS du 13 août 2009 ;
- Instruction N°DGOS/PF2/2010/466 du 27 décembre 2010 relative au dispositif de prise en charge des IOA complexes ;
- Prothèse de hanche ou de genou : diagnostic et prise en charge de l'infection dans le mois suivant l'implantation, recommandations, HAS, mars 2014.

Sommaire :

1. Objectifs et principes de fonctionnement du dispositif national des CRIOA
2. Détail des missions des CRIOA
3. Organisation souhaitée des CRIOA
4. Synthèse des pré requis et des missions

1. Objectifs et principes de fonctionnement du dispositif national des centres de référence pour la prise en charge des IOA complexes (centres de référence IOA ou CRIOA)

Le dispositif national des CRIOA, créé en 2008 sur avis du CTINILS a pour objet :

- d'organiser de façon homogène sur le territoire national la prise en charge pluridisciplinaire des IOA, notamment des plus complexes (activité de recours),
- de contribuer à leur prévention dans un contexte d'augmentation du nombre de prothèses orthopédiques posées¹ et des co-morbidités liées au vieillissement de la population.

Le dispositif national est constitué de deux catégories de centres de référence labellisés² :

1. les centres de référence coordonnateurs qui, outre une mission de prise en charge de patients, doivent constituer une filière de prise en charge et animer un réseau d'établissements MCO et d'aval (SSR, HAD), informer les usagers et les professionnels de santé sur les IOA, leur traitement et sur le dispositif existant. Ils contribuent à la recherche et à l'enseignement relatif à la prise en charge des IOA.
2. les centres de référence correspondants (en général deux par centre de référence coordonnateur) ont eux pour mission de soutenir spécifiquement leur centre coordonnateur de rattachement pour ce qui est des prises en charge de recours des IOA.

Le dispositif national des CRIOA est labellisé pour 5 ans.

Les CRIOA doivent utiliser les outils nationaux mis à leur disposition par la DGOS, notamment le système d'information national dédié aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP). En plus des manifestations organisées à leur propre initiative, les CRIOA participent aux réunions de travail DGOS destinées au suivi, à l'évaluation et à l'évolution du dispositif national. Ils renseignent annuellement un rapport d'activité standardisé.

Le surcoût induit par la prise en charge des IOA complexes est financé dans les CRIOA labellisés par une majoration de 12% des tarifs des séjours chirurgicaux.

Les activités d'animation, d'information et de coordination des CRIOA de référence, de même que la mise en œuvre du système d'information des RCP, sont financées par une dotation MIG spécifique.

¹ +33% entre 2010 et 2015 (à 288 000) pour les PTH, chiffre identique pour les PTG (à 199 000) en 2015. Les actes CCAM ici mesurés sont ceux indiqués dans la recommandation HAS, mars 2014 « prothèse de hanche ou de genou : diagnostic et prise en charge de l'infection dans le mois suivant l'implantation » page 10.

² Leur dénomination a été actualisée

2. Détail des missions des CRIOA

2.1. Les pathologies concernées

Il s'agit des infections survenant chez l'adulte sur prothèse, sur matériel d'ostéo-synthèse, des infections post-traumatiques (fractures ouvertes), des infections hématogènes³ et plus généralement de « toute situation où le diagnostic d'infection ostéo-articulaire est posé ».

Des critères de définition pour les IOA *complexes* (qui concernaient 5500 séjours⁴ et 4000 patients en 2015) ont été proposés en 2010⁵. Pour mémoire, ces situations rassemblent :

- Les infections en échec d'une première prise en charge thérapeutique médico-chirurgicale ;
- Les infections nécessitant des gestes chirurgicaux majeurs d'excision, de couverture, de reconstruction osseuse ou prothétique ;
- Les infections nécessitant une antibiothérapie complexe du fait d'un micro-organisme particulier ou d'une allergie aux antibiotiques limitant les possibilités thérapeutiques ;
- Les infections survenant sur un terrain complexe (poly-pathologie, immunodépression, insuffisance rénale ou hépatique...) ou avec un retentissement général associé.

Tous les patients atteints d'IOA complexe ont vocation à être pris en charge en CRIOA labellisé. Les soins urgents, qu'il s'agisse d'une situation complexe ou non, peuvent être réalisés dans tout établissement de santé. Un avis émis en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) formalisée peut ensuite être demandé auprès d'un CRIOA labellisé et suivi d'un transfert si nécessaire.

2.2. Mission de prise en charge de recours des IOA et notamment des plus complexes.

Tous les CRIOA, coordonnateurs ou correspondants, réalisent des prises en charge pluridisciplinaires qui rassemblent des professionnels de santé dont une part de l'activité concerne les IOA. Cette prise en charge est globale et continue depuis l'accueil du patient jusqu'à son retour au domicile. Les CRIOA organisent un parcours de soins qui assure un accès rapide au diagnostic et aux soins les plus appropriés grâce à la coordination des principales disciplines impliquées (infectiologue, chirurgien orthopédiste, microbiologiste, radiologue, anesthésiste, rhumatologue, psychiatre...) en relation avec le médecin qui a adressé le patient.

Les CRIOA mettent en place une stratégie de traitement définie sur la base d'un avis pluridisciplinaire et de référentiels validés, partagés entre CRIOA et régulièrement actualisés. Cet avis est exprimé à l'issue d'une RCP rassemblant au moins un infectiologue, un microbiologiste et un chirurgien. Les cas discutés, leur évaluation et les décisions thérapeutiques prises sont tracés à l'aide du système d'information national dédié⁶. Ces RCP sont organisées sur une base au moins bimensuelle.

³ Contrairement à l'exclusion prononcée dans l'avis CTINILS du 28/08/2006

⁴ Médicaux et chirurgicaux. Pour la seule chirurgie, les séjours complexes représentent 10,2% des 22 258 séjours.

⁵ Instruction N°DGOS/PF2/2010/466 du 27 décembre 2010

⁶ Ce SI porte l'agrément CNIL 2012-220 du 5 juillet 2012, son utilisation par les CRIOA comme celle de la base de données associée est soumise à des exigences réglementaires (CNIL) et conventionnelles.

L'expertise mobilisée par les CRIOA pour les prises en charge de recours les autorise à répondre aux demandes d'avis externes émises par des professionnels ou des établissements tiers afin d'améliorer la prise en charge de tous les patients infectés⁷. La délivrance de ces avis doit être tracée. Les CRIOA concourent par ailleurs à la veille épidémiologique (surveillance, dans le cadre de réseaux, des infections par bactéries multirésistantes – BMR et des infections du site opératoire - ISO) et au signalement des infections associées aux soins.

Les démarches qualité et l'évaluation des pratiques sont inhérentes aux prises en charges de recours qui sont réalisées par les CRIOA ; elles incluent la mesure spécifique de la satisfaction des patients IOA⁸.

2.3. La mission de coordination, d'animation, d'information et d'expertise

Ces missions, demandées aux CRIOA coordonnateurs, ont pour objet :

- D'optimiser la prise en charge des IOA simples afin d'éviter qu'elles ne deviennent complexes,
- d'éviter toute perte de chance pour les patients déjà atteints d'IOA complexes en organisant leur prise en charge,
- d'assurer une détection et une prise en charge homogènes⁹ des patients atteints d'IOA sur le territoire de recrutement du centre coordonnateur et de ses centres correspondants. Ce territoire est précisé par le candidat lors de la labellisation¹⁰, il indique la stratégie qu'il y déploiera pour y assurer un recrutement uniforme.

Les CRIOA coordonnateurs proposent à leurs centres correspondants des seconds avis en RCP pour les situations les plus délicates.

Ils contribuent à l'élaboration et l'actualisation de protocoles et de référentiels partagés avec leurs CRIOA correspondants voire si possible au niveau national.

Ils mettent en place une filière de soins loco-régionale en assurant une coordination avec la médecine de ville, avec les établissements MCO et avec les structures d'aval (SSR, HAD). La formalisation de cette filière passe par la signature de conventions.

Les CRIOA coordonnateurs contribuent à l'information et à l'orientation des usagers, de leur entourage, des associations d'usagers, des professionnels de santé et des structures de la filière, mission relayée par la mise en place, en cours, d'un portail internet national d'information sur les IOA. Pour ce faire ils mettent en place une animation scientifique et médicale et une communication loco-régionale vers ces différents acteurs.

Par ailleurs tous les CRIOA (coordonnateurs et correspondants) développent des relations avec les structures régionales de vigilance et d'appui (SRVA), dont les centres d'appui et de prévention des infections associées aux soins (CAPIAS).

⁷ Y compris les prises en charge initiales et protocolisées des infections aiguës

⁸ Le plan stratégique national 2009 – 2013 de prévention des infections associées aux soins prévoyait en effet :
« en 2012, 100% des centres participants au dispositif de prise en charge des infections ostéoarticulaires complexes évaluent la satisfaction des patients pris en charge par le dispositif »

⁹ En matière de qualité et en matière de couverture territoriale

¹⁰ L'attractivité géographique constatée de chaque candidat CRIOA sera établie par étude cartographique DGOS.

2.4. L'enseignement et la recherche

La participation à ces deux missions est demandée pour les CRIOA coordonnateurs et encouragée pour les CRIOA correspondants.

Les CRIOA participent à la formation des personnels de santé (dans le cadre du développement professionnel continu, DPC) et à l'enseignement universitaire, ils contribuent à l'enseignement dispensé dans le cadre du diplôme inter-universitaire (DIU) national sur les IOA et leur prise en charge.

Les CRIOA participent à des essais cliniques¹¹. Leur production scientifique en matière de publications est mesurée annuellement et individuellement par le logiciel SIGAPS. La base de données associée au système d'information des RCP a vocation à être utilisée¹² pour la production de tels études et essais cliniques, grâce à l'impulsion d'un comité scientifique où tous les CRIOA coordonnateurs sont représentés.

3. Organisation souhaitée des CRIOA

3.1. Equipe de prise en charge.

La prise en charge des IOA en centre labellisé est multidisciplinaire et rassemble des acteurs dont une partie de l'activité est consacrée aux IOA dans les spécialités suivantes :

- Chirurgie orthopédique¹³ (l'équipe comprend au moins un chirurgien senior),
- Maladies infectieuses avec un infectiologue,
- Microbiologie spécialisée,
- Anesthésie-réanimation,
- Imagerie, médecine nucléaire et radiologie.

Cette équipe multidisciplinaire est appuyée par une équipe opérationnelle d'hygiène. Elle a accès à des compétences en rhumatologie et en soins de support (rééducation fonctionnelle, prise en charge psychologique, service social). Elle dispose d'un temps de secrétariat.

Un temps de TEC, destiné à la mise en œuvre locale du système d'information dédié aux RCP et au contrôle qualité sur le remplissage des fiches, est financé pour tous les CRIOA.

3.2. Implantation et identification

Sauf situation dérogatoire¹⁴, l'équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge des IOA orthopédiques est unique par CRIOA tout comme le site chirurgical dédié à ces prises en charge¹⁵, qui définit le siège du CRIOA. Le secteur septique est regroupé.

¹¹ Et notamment des essais référencés dans les bases clinical.trial.gov ou eudraCT.

¹² Dans le respect d'obligations CNIL et d'engagements conventionnels sur son accès et son utilisation.

¹³ En plus de l'orthopédie adulte, certains CRIOA peuvent proposer la prise en charge de situations infectieuses sur d'autres sites anatomiques, ou encore une spécialisation pédiatrique.

¹⁴ Etablissements géographiquement rapprochés et fonctionnant historiquement en association pour les IOA.

¹⁵ Cette disposition implique notamment une labellisation indépendante par équipe et établissement géographique pour l'AP-HP, les HCL et l'AP-HM (avec dossiers séparés).

Le CRIOA est identifié par :

- Son praticien coordonnateur, unique, interlocuteur de l'administration ;
- Ses référents médicaux en chirurgie orthopédique, infectiologie et microbiologie, qui sont chacun uniques ;
- Son site chirurgical orthopédique, et le FINESS géographique de l'établissement concerné ;
- La signature d'un avenant au contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui lie l'établissement à son ARS, définit les missions du CRIOA et son financement.

3.3. Accueil et information des patients et des professionnels

Les CRIOA coordonnateurs disposent d'un temps de secrétariat financé à cette fin. Ils mettent en place un numéro d'accueil téléphonique unique dédié à l'information et l'orientation des usagers et des professionnels. Ils disposent également d'une adresse mail générique dédiée. Au titre de l'expertise, ils délivrent à la demande de patients ou de praticiens des avis extérieurs (hors RCP) qui sont tracés.

Ils communiquent via un site ou des pages internet dédiées, qui seront référencés dans le site national d'information sur les IOA en cours de mise en place.

3.4. Tenue de RCP

L'objectif des RCP est la production formalisée, pour les patients atteints d'IOA, d'avis pluridisciplinaires relatifs à l'évaluation et à la décision thérapeutique médico-chirurgicale.

Les RCP se tiennent au moins deux fois par mois dans tous les CRIOA et réunissent un quorum d'au moins trois praticiens de spécialités différentes : un chirurgien orthopédique, un infectiologue et un microbiologiste. Compte tenu de la valeur pédagogique des RCP, celles-ci sont ouvertes aux praticiens de ville ou d'établissements tiers.

Leur organisation met en œuvre le système d'information national déjà mentionné, qui propose une fiche standardisée. Les fiches renseignées enrichissent la base de données destinée à être utilisée à fins d'étude et de recherche (sous l'égide du comité scientifique des CRIOA pour ce qui est de la base nationale). Chaque CRIOA dispose du financement d'une fraction d'ETP de TEC destiné à la mise en œuvre locale du système d'information et au contrôle qualité des fiches RCP.

3.5. Seuil d'activité

Le niveau d'activité 2016 des structures candidates à une labellisation sera pris en compte en fonction du contexte régional (densité populationnelle locale notamment) et selon les critères suivants, extraits du PMSI :

- nombre de patients uniques pour IOA (= file active) ;
- nombre de séjours pour IOA et ratio entre les séjours pour interventions chirurgicales majeures (GHM 08C61x) et les séjours pour autres interventions chirurgicales (GHM 08C62x).

3.6. Rapport annuel d'activité

Tous les CRIOA fournissent à la DGOS et à leur ARS un rapport d'activité annuel selon un modèle standardisé mis à leur disposition. Ce rapport retrace la réalisation de leurs différentes missions, des activités de prise en charge et de RCP. Des indicateurs standardisés issus du PMSI, du système d'information des RCP et du logiciel SIGAPS de mesure de la production scientifique sont mobilisés.

Les CRIOA correspondants transmettent leur rapport d'activité via leur CRIOA coordonnateur de rattachement.

Une synthèse nationale des rapports d'activité est réalisée annuellement par la DGOS et partagée avec les ARS et l'ensemble des acteurs des CRIOA.

SYNTHESE

Pré-requis pour une labellisation

Les critères minimaux obligatoirement requis pour toute demande de labellisation sont les suivants :

- prise en charge pluridisciplinaire associant a minima chirurgie orthopédique, infectiologie, microbiologie,
- tenue de RCP au moins bimensuelle utilisant le système d'information national des centres IOA,
- mise en place d'une mesure spécifique de la satisfaction des patients IOA.

Seront également appréciés : le niveau global d'activité et la typologie des séjours, l'organisation de la structure (concentration des sites et des équipes), la mise en place de filières favorisant le recrutement (explicitée en 2.3), la participation effective au dispositif national des structures labellisées, les actions d'information réalisées vers les usagers et la délivrance formalisée d'avis externes.

Mission	Centre de référence coordonnateur	Centre de référence correspondant
Prise en charge de recours Organisation de RCP Démarche qualité Veille épidémiologique	Oui	Oui
Coordination de filière et organisation du recrutement loco-régionaux information, animation et expertise (délivrance d'avis)	Oui	En appui du centre coordonnateur
Recherche et enseignement	Oui	Participation souhaitée

**DOSSIER DE CANDIDATURE 2017 POUR UNE LABELLISATION AU TITRE DU
DISPOSITIF NATIONAL POUR LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OSTEO-
ARTICULAIRES (IOA) COMPLEXES**

Ce dossier est à retourner, une fois rempli, à votre ARS accompagné d'un engagement de votre direction d'établissement, relatif aux missions et objectifs associés à la labellisation.

Table des matières

- I. Identification de la structure candidate
- II. Environnement de la structure candidate
- III. Organisation des prises en charge
- IV. Données d'activité
- V. Qualité et veille épidémiologique
- VI. Activité d'animation, d'information et d'expertise
- VII. Activité de recherche de la structure candidate
- VIII. Activité d'enseignement et de formation
- IX. Participation aux groupes de travail ou réunions nationales DGOS
- X. Relations de la structure candidate avec les centres IOA labellisés
- XI. Dispositions relatives à l'attractivité
- XII. Difficultés pressenties
- XIII. Projets de la structure candidate

Les parties VI, VII et VIII ne concernent que les candidatures en tant que centre de référence coordonnateur. Elles ne sont à remplir que par ces candidats.

La partie IX ne concerne que les structures candidates antérieurement labellisées

La partie X ne concerne que les structures candidates jamais labellisées.

I - IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE CANDIDATE

1. Type de candidature (cocher les cases¹)

Choisir le type de candidature en fonction du type de missions que la structure s'engage à assurer (cf. cahier des charges) – Pour rappel :

Mission	Centre de référence coordonnateur	Centre de référence correspondant
Prise en charge de recours Organisation de RCP Démarche qualité Veille épidémiologique	Oui	Oui
Coordination de filière et organisation du recrutement loco-régionaux information, animation et expertise (délivrance d'avis)	Oui	En appui du centre coordonnateur
Recherche et enseignement	Oui	Participation souhaitée

La structure est candidate en tant que :

a. ☐ Centre de référence coordonnateur

- Proposition de centres correspondants à rattacher² :
 - Centre correspondant 1 :
 - Un contact a-t'il été pris avec cette équipe ? ☐ oui ☐ non
 - Centre correspondant 2 :
 - Un contact a-t'il été pris avec cette équipe ? ☐ oui ☐ non
- Proposition de territoire de recrutement³ des patients IOA du candidat (préciser région et départements) :

b. ☐ Centre de référence correspondant

- Rattaché au centre coordonnateur de :
- Un contact a-t'il été pris avec ce centre coordonnateur ? ☐ oui ☐ non
- Proposition de territoire de recrutement des patients IOA du candidat (préciser région et départements) :

¹ Pour cocher les cases dans ce document, clic droit sur la case puis menu « propriété » et cocher « case activée »

² 2 centres correspondants préconisés au maximum, par centre coordonnateur

³ Le candidat précise sur quel territoire il s'engage à recruter ses patients, cf. cahier des charges et partie XI ci-après

2. Identification de l'établissement de santé de rattachement de la structure

Nom et adresse de l'établissement de santé de rattachement :

Type d'établissement : ☐ public ☐ privé lucratif ☐ privé non lucratif

N° FINESS juridique de l'établissement de santé de rattachement :

3. Identification du site hébergeant la structure

Il s'agit du site géographique qui héberge l'activité chirurgicale orthopédique consacrée aux IOA. Ce site doit être unique, sinon préciser ci-dessous :*

Nom et adresse du site chirurgical orthopédique (s'il est différent de l'établissement de santé de rattachement identifié en 2) :

N° FINESS géographique de ce site chirurgical orthopédique :

** Lorsque le site chirurgical orthopédique n'est pas unique pour la structure candidate, mentionner ci-dessus le site chirurgical principal qui constituera l'adresse du CRIOA et justifier ci-dessous la raison de cette multiplicité de localisation⁴ :*

4. Coordonnées des praticiens référents de la structure

Mentionner à chaque fois civilité, NOM et prénom du praticien, intitulé du service, e-mail et téléphone. *Il y a un seul praticien désigné pour chacun des 4 items ci-dessous (pas de binôme).*

- **Médecin coordonnateur de la structure candidate :**

Spécialité médicale du médecin coordonnateur :

- **Chirurgien orthopédique référent :**

⁴ Exemple : site précédemment labellisé « bicéphale », établissements en cours de fusion.

- **Médecin infectiologue référent (ou médecin référent en antibiothérapie) :**

--

- **Microbiologiste référent :**

--

5. Autres éléments d'identification de la structure candidate

Secrétariat rattaché à la prise en charge des IOA (NOM et prénom, e-mail, téléphone) :

Numéro téléphonique unique dédié aux appels des patients ou des praticiens (demande de RV, avis⁵, orientation, conseil - ce numéro sera publié) :

Horaires d'astreinte de l'accueil téléphonique :

Si cet accueil n'existe pas actuellement, sa mise en place est-elle prévue et pour quand ? :

E-mail dédié (générique) de la structure :

Adresse du site internet d'information de la structure (ou de la page internet dédiée du site de l'établissement de rattachement) – ce référencement est obligatoire pour les centres de référence coordonnateurs.

II - ENVIRONNEMENT DE LA STRUCTURE CANDIDATE

6. Existence d'un secteur hospitalier spécifique (septique) pour la prise en charge des IOA :

☐ oui *Si oui, nombre de lits :*

☐ non

Commentaires éventuels :

⁵ Note à prévoir dans l'instruction

7. Services disponibles en appui de la structure candidate au sein de son établissement de santé

a. Service d'accueil des urgences :

<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Commentaires éventuels :
--

b. Service de réanimation :

<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Commentaires éventuels :
--

c. Compétence en radiologie interventionnelle ostéo-articulaire :

<input type="checkbox"/> oui	si oui, nom du radiologue référent :
<input type="checkbox"/> non	
Commentaires éventuels :	

8. Etablissements actuellement en relation avec la structure candidate en vue de constituer une filière de prise en charge incluant les prises en charge d'amont et d'aval

8.1 Etablissements chirurgicaux publics ou privés envoyant des patients à la structure

Nombre d'établissements
Dont nombre d'établissements <i>ayant passé une convention à ce titre avec la structure</i>
Liste de ces établissements liés par convention :
Commentaires

8.2 Etablissements d'aval (SSR, HAD et médico-sociaux) accueillant les patients pris en charge par la structure

Nombre d'établissements

Dont nombre d'établissements *ayant passé une convention à ce titre avec la structure*

Liste de ces établissements liés par convention :

Commentaires

8.3. Relation avec les acteurs des prises en charge de ville

Nature des relations établies par la structure avec les professionnels de santé de ville et du premier recours :

- Nombre par typologie des professionnels de ville en contact avec la structure :

Médecins traitants

Rhumatologues et MPR

Autres médecins (endocrinologues, nutritionnistes, psychiatres...)

Massokinésithérapeutes

Psychologues

...

- type d'actions réalisées par la structure :

III - ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE DANS LA STRUCTURE

9. Eventuels domaines d'expertise supplémentaires et spécifiques proposés par la structure, hors hanche ou genou adultes⁶

par exemple : ORL, rachis, main, chirurgie plastique, pédiatrie...

Type d'expertise spécifique	Nom du chirurgien référent pour cette expertise	Nombre de séjours 2015	Nombre de séjours 2016	Adresse du site chirurgical dédié ⁷ (si différent du site orthopédique principal)

10. Unicité de l'équipe de prise en charge dans la structure candidate

Chaque équipe multidisciplinaire et chaque site doit faire l'objet d'une labellisation individuelle (Cf cahier des charges et question 3 supra).

Lorsque ce que l'équipe du candidat n'est pas unique :

1. Nombre d'équipes pluridisciplinaires distinctes :
2. Justifier la raison de cette multiplicité d'équipes :
3. Des compétences sont-elles utilisées en partage entre les équipes (exemple : équipe d'infectiologie commune partagée entre les équipes multidisciplinaires) ?

Commentaires sur l'organisation retenue par la structure et sur les contraintes rencontrées qui la justifient (exemple, plusieurs sites en instance de regroupement géographique, spécialisation populationnelle de chaque site...)

⁶ Ces prises en charges spécifiques peuvent par ailleurs être proposées par des établissements tiers conventionnés avec la structure candidate et lui présentant des dossiers de patients en RCP.

⁷ S'il est souhaité que le site chirurgical orthopédique adulte soit unique, il peut cependant exister des sites chirurgicaux spécialisés distincts (voir question 3).

11. La composition des équipes

11.1. Equipe chirurgicale, elle comprend au moins un chirurgien *senior*

	Quantité totale d'équivalents temps pleins ⁸ consacrée à la prise en charge des IOA :		Nombre total de praticiens distincts dans l'équipe, impliqués dans la prise en charge des IOA :
	NOM-Prénom	Spécialité et titres hospitalo-universitaires	Part d'ETP ⁹ consacrée aux IOA
1			
2			
3...			

11.2. Equipe d'anesthésie-réanimation entraînée à la prise en charge de la douleur

	Quantité totale d'équivalents temps pleins consacrée à la prise en charge des IOA :		Nombre total de praticiens distincts dans l'équipe, impliqués dans la prise en charge des IOA :
	NOM-Prénom	Spécialité et titres hospitalo-universitaires	Part d'ETP consacrée aux IOA
1			
2			
3...			

11.3. Equipe médicale en maladies infectieuses comportant un infectiologue

	Quantité totale d'équivalents temps pleins consacrée à la prise en charge des IOA :		Nombre total de praticiens distincts dans l'équipe, impliqués dans la prise en charge des IOA :
	NOM-Prénom	Spécialité et titres hospitalo-universitaires	Part d'ETP consacrée aux IOA
1			
2			
3...			

⁸ 1 ETP correspond à 10 demi-journées par semaine en moyenne. 0.4 ETP = deux journées par semaine.

⁹ Chaque praticien de l'équipe consacre une fraction de son activité globale à la prise en charge des IOA.

11.4. Equipe de microbiologistes spécialisés pour la mise en œuvre des techniques spécifiques au diagnostic des IOA :

	Quantité totale d'équivalents temps pleins consacrée à la prise en charge des IOA :	Nombre total de praticiens distincts dans l'équipe, impliqués dans la prise en charge des IOA :	
	<ul style="list-style-type: none"> Type d'organisation du laboratoire : <input type="checkbox"/> microbiologique <input type="checkbox"/> polyvalent Traitement des prélèvements 24h/24 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non 7j/7 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non 		
	<i>NOM-Prénom</i>	<i>Spécialité et titres hospitalo-universitaires</i>	<i>Part d'ETP consacrée aux IOA</i>
1			
2			
3...			

11.5. Equipe d'imagerie, médecine nucléaire, radiologie

	Quantité totale d'équivalents temps pleins consacrée à la prise en charge des IOA :	Nombre total de praticiens distincts impliqués dans la prise en charge des IOA :	
	Le service dispose t'il d'une IRM ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Le service dispose t'il d'une TDM ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	<i>NOM-Prénom</i>	<i>Spécialité et titres hospitalo-universitaires</i>	<i>Personnel intégré [i] ou à la demande [d]¹⁰</i>
1			
2			
3...			

11.6. Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière en appui des prises en charge

	Quantité totale d'équivalents temps pleins consacrée à la prise en charge des IOA :	Nombre total de praticiens distincts impliqués dans la prise en charge des IOA :	
	<i>NOM-Prénom</i>	<i>Spécialité et titres hospitalo-universitaires</i>	<i>Personnel intégré [i] ou à la demande [d]</i>
1			
2			
3...			

¹⁰ Personnel intégré [mentionner : i] à l'équipe multidisciplinaire, ou bien rattaché à un service tiers mais disponible sur demande de l'équipe pluridisciplinaire de prise en charge des IOA [mentionner : d]

11.7. Equipe de rhumatologie ou de médecine interne comportant un rhumatologue

	Quantité totale d'équivalents temps pleins consacrée à la prise en charge des IOA :		Nombre total de praticiens distincts impliqués dans la prise en charge des IOA :
	<i>NOM-Prénom</i>	<i>Spécialité et titres hospitalo-universitaires</i>	<i>Personnel intégré [i] ou à la demande [d]</i>
1			
2			
3...			

11.8. Equipe de rééducation fonctionnelle

	Quantité totale d'équivalents temps pleins consacrée à la prise en charge des IOA :		Nombre total de praticiens distincts impliqués dans la prise en charge des IOA :
	<i>NOM-Prénom</i>	<i>Spécialité et titres hospitalo-universitaires</i>	<i>Personnel intégré [i] ou à la demande [d]</i>
1			
2			
3...			

11.9. Psychiatres et psychologues

	Quantité totale d'équivalents temps pleins consacrée à la prise en charge des IOA :		Nombre total de praticiens distincts impliqués dans la prise en charge des IOA :
	<i>NOM-Prénom</i>	<i>Spécialité et titres hospitalo-universitaires</i>	<i>Personnel intégré [i] ou à la demande [d]</i>
1			
2			
3...			

11.10. Service social facilitant notamment la continuité de la prise en charge d'aval

	Quantité totale d'équivalents temps pleins consacrée à la prise en charge des IOA :		Nombre total de praticiens distincts impliqués dans la prise en charge des IOA :
	NOM-Prénom	Spécialité et titres hospitalo-universitaires	Personnel intégré [i] ou à la demande [d]
1			
2			
3...			

12. Organisation du parcours de soins pour les patients atteints d'IOA

Préciser notamment les éléments suivants :

a. Modalité d'accueil des patients

Qui adresse les patients ?

Comment contactent-ils le CRIOA ?

Qui les reçoit au CRIOA ?

b. Organisation de l'accès à l'évaluation diagnostique et à la décision thérapeutique

Organisation et fréquence des RCP :

c. Mise en œuvre de l'antibiothérapie auprès du patient

Comment est organisée l'adaptation de l'antibiothérapie aux antibiogrammes ?

Comment sont gérés les effets secondaires liés à l'antibiothérapie ?

d. Organisation du séjour dans les différents secteurs de prise en charge :

Au sein du secteur septique, préciser le nombre de visites médicales (infectiologie) par semaine :

e. Prise en charge post-opératoire

Prise en charge par l'équipe de rhumatologie et de rééducation fonctionnelle :

Quel médecin gère les complications médicales post-opératoires ?

*f. Prise en charge psycho-sociale et pour l'adressage en établissement d'aval :**g. Organisation de la sortie :*

Qui revoit le patient après sa sortie ?

Remarques/commentaires de la structure candidate :

13. Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)

Sont concernées ici les seules sessions de RCP qui réunissent au minimum les trois spécialités suivantes (quorum) : chirurgie orthopédique, infectiologie, microbiologie.

Une fiche de RCP standard est-elle utilisée ?

- ☐ Utilisation du SI national des centres IOA
☐ Utilisation d'un autre type de fiche standard
☐ Pas de fiche standard

La fiche renseignée est archivée dans le dossier patient : ☐ oui ☐ non

Activité de RCP

Fréquence mensuelle moyenne des sessions de RCP :

Nombre de sessions tenues en 2015 : en 2016 :

Nombre total de cas¹¹ vus en RCP en 2015 : en 2016 :

RCP particulières : la structure organise t'elle ou participe t'elle aux RCP suivantes :

RCP interrégionales ou interCHU ☐ organise ☐ participe (organiseur tiers :)

RCP de recours/situations lourdes ☐ organise ☐ participe (organiseur tiers :)

RCP pédiatriques avec du personnel formé en pédiatrie

☐ organise ☐ participe (organiseur tiers :)

RCP via télémedecine, visioconférence...

☐ organise ☐ participe (organiseur tiers :)

Fréquentation des RCP :

Nombre moyen de professionnels de santé présents par session y compris par télémedecine (décompter les médecins, le personnel paramédical, les internes) :

Personnes extérieures au CRIOA et participant régulièrement aux RCP y compris via télémedecine (lister leurs spécialités et leurs établissements de rattachement) :

Spécialité	Etablissement de rattachement

¹¹ Si un dossier patient revient 2 fois en RCP, il s'agit de 2 cas

IV - DONNEES D'ACTIVITE (à recueillir via le PMSI)

14. Séjours chirurgicaux en GHM 08C61x et 08C62x

Année	Nombre total de séjours chirurgicaux pour IOA (GHM 08C61 + 62)	Part des séjours en 08C61 ¹² dans le total 08C61 + 62 (en %)	File active ¹³ de patients pour ces deux GHM
2014			
2015			
2016			

15. Séjours médicaux en GHM 08M31 et 08M32

Année	Nombre de séjours médicaux pour ostéomyélite (GHM 08M31 + 32)	File active correspondante
2014		
2015		
2016		

16. Pour les structures antérieurement labellisées : séjours pour IOA complexes¹⁴

Année	Pourcentage de séjours chirurgicaux complexes pour les GHM 08C61+62	Pourcentage de patients complexes dans la file active de patients chirurgicaux des GHM 08C61+62	File active totale de patients complexes, tous GHM confondus (médicaux + chirurgicaux)
2014			
2015			
2016			

¹² Cette racine de GHM correspond aux interventions majeures pour IOA. Il est rappelé que les séjours des années antérieures à mars 2015 et en GHM 08C56x sont rétrocodés dans le PMSI avec les nouveaux GHM 61 et 62, qui sont donc exclusivement utilisés ici.

¹³ Nombre de patients distincts hospitalisés au moins une fois dans l'année pour les codes de séjours (GHM) indiqués

¹⁴ Il s'agit des séjours comportant le diagnostic associé Z76800 « Sujet ayant recours aux services de santé après une réunion de concertation pluridisciplinaire [RCP] ayant établi la complexité d'une infection ostéoarticulaire ».

17. Autres éléments issus du PMSI et qui seront examinés pour les structures candidates

Pour information, les éléments suivants seront calculés séparément à partir du PMSI 2015 et pris en compte dans l'examen des candidatures :

- Séjours comportant un code de résistance aux antimicrobiens (résistance acquise et impactant la prise en charge du patient) et notamment codes correspondants aux
 - SARM et autres staphylocoques résistants à la méticilline,
 - bêtalactamases à spectre étendu
 - résistance à la vancomycine, à la quinolone
 - bactéries hautement résistantes, bactéries multirésistantes aux antibiotiques
- le volume moyen, par séjour chirurgical IOA, de points d'indice de coût relatif (ICR) de bloc opératoire pour les actes classants de la catégorie majeure de diagnostic 8 (CMD 8).

Adaptation offre-demande :

Votre structure est-elle, compte-tenu de ses ressources et du dimensionnement de ses équipes, en sous capacité (saturée) pour la prise en charge des IOA dans son territoire compte tenu de la demande (prévalence) locale ?

☐ oui ☐ non

Commentaire éventuel (évolutions possibles) :

V - QUALITE ET VEILLE EPIDEMIOLOGIQUE

18. Mesure de la satisfaction des patients IOA

La mesure spécifique¹⁵ de la satisfaction des patients atteints d'IOA et accueillis par la structure est-elle en place ?

☐ oui ☐ non

Si non, est-il prévu de la mettre en place ? Dans quel délai ?

¹⁵ Attention il ne s'agit pas de la mesure de satisfaction globale de l'établissement

19. Actions d'EPP et de RMM

Dénombrer et lister les actions d'évaluation des pratiques professionnelles (hors RCP) réalisées en 2016 et qui ont impliqué la structure et son personnel

Nombre total en 2016 :

en 2015 :

Lister les actions réalisées en 2015-2016

Nombre de revues de morbi-mortalité réalisées en 2016 à propos de cas ou d'évènements survenus dans le CRIOA et auxquelles les personnels de la structure ont participé :

En 2016 :

en 2015 :

20. Signalement

Existe-t-il dans la structure une procédure de signalement des infections associées aux soins IAS¹⁶ établie en lien avec le responsable signalement de l'établissement de rattachement ? :

☐ oui ☐ non

Nombre de signalements externes réalisés par la structure auprès de l'ARS et du CCLIN via e-SIN

En 2015 : En 2016 :

Quelle est la nature des relations entre la structure candidate et le réseau des centres d'appui et de prévention des infections associées aux soins (anciens CCLIN-ARLIN) ?

La structure candidature est elle en lien, ou accueille-t'elle, un référent antibiotique ?

21. Surveillance des infections nosocomiales (IN)

La surveillance des IN, pour les bactéries multi-résistantes (BMR), se fait-elle dans le cadre d'un réseau ? ☐ oui ☐ non

La surveillance des IN, pour les infections du site opératoire (ISO), se fait-elle dans le cadre d'un réseau ? ☐ oui ☐ non

¹⁶ Décret no 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique

VI - ACTIVITE D'ANIMATION, D'INFORMATION ET D'EXPERTISE

22. Organisation de manifestations scientifiques ou médicales

Lister les manifestations organisées par la structure candidate, hors RCP et staff :

En 2015 :

En 2016 :

23. Actions d'information vers les usagers et les associations d'usagers

Lister les manifestations organisées par la structure candidate :

En 2015 :

En 2016 :

24. Actions d'information vers les professionnels de santé

Lister les manifestations organisées par la structure candidate :

En 2015 :

En 2016 :

25. Actions de communication dans les médias sur les IOA et leur prise en charge

Lister les manifestations organisées par la structure candidate :

En 2015 :

En 2016 :

26. Actions réalisées en coordination avec d'autres structures IOA labellisées

Participation partenariale à des actions en matière d'animation, communication, information, expertise (précisez quelles étaient les structures IOA labellisées partenaires)

En 2015 :

En 2016 :

27. Délivrance d'avis aux professionnels de santé et aux usagers (expertise)

Organisation de la délivrance d'avis extérieurs (en dehors des RCP)

La structure candidate dispose t'elle d'une organisation formalisée pour la délivrance d'avis extérieurs ? ☐ oui ☐ non

SI NON, la structure candidate envisage t'elle de la mettre en place ? ☐ oui ☐ non

Dans quel délai ?

SI OUI,

Rappel des coordonnées tél et e-mail dédiées (Cf question 5) :

Un formulaire à renseigner par le demandeur extérieur est-il disponible ? ☐ oui ☐ non

Les avis délivrés sont-ils tracés ? ☐ oui ☐ non

L'origine des appels est-elle tracée ? (usager, professionnel...) ☐ oui ☐ non

La qualité des répondants est-elle tracée ? (infectiologue, chirurgien...) ☐ oui ☐ non

Le type d'avis délivré est-il tracé (orientation, consultation, hospitalisation...) ☐ oui ☐ non

VII - ACTIVITE DE RECHERCHE DE LA STRUCTURE CANDIDATE

28. Publications scientifiques

Il est tenu compte du score SIGAPS de la structure candidate sur 4 ans (période 2012-2015), calculé pour l'établissement concerné à partir de la requête PUBMED suivante :

"Bone Diseases, Infectious"[MESH Terms] OR "Arthritis, Infectious"[MESH Terms] OR "Prosthesis-Related Infections"[MESH Terms] OR ((Osteoarthritis[MESH Terms] OR Arthroplasty[MESH Terms] OR "Fracture Fixation"[MESH Terms]) AND ("Drug Therapy"[MESH Terms] OR "Anti-Bacterial Agents"[MESH Terms] OR "Antibiotic Prophylaxis"[MESH Terms]))

Ce score est fourni annuellement à la DGOS par la Cellule Analyse et Bibliométrie du CHU de Lille.

29. Activité en matière de recherche clinique

Essais cliniques prospectifs en cours et inscrits dans Clinical.trial.gov ET/OU dans la base EudraCT

Nombre en 2015 : en 2016 :

Liste des essais concernés en cours en 2016 (mentionner leur référencement dans les bases ci-dessus) :

30. Collaborations industrielles de la structure

Notamment celles visant à l'innovation dans le but d'améliorer le diagnostic et le traitement des IOA

	Industriel partenaire	Objet de la collaboration
2015		
2016		

VIII - ACTIVITE D'ENSEIGNEMENT ET DE FORMATION

31. Actions de formation continue (DPC) réalisées par le personnel de la structure sur les IOA

	Public visé	Nombre de personnes formées	Exemples d'actions réalisées
2015			
2016			

32. Enseignement universitaire théorique et pratique réalisé par le personnel de la structure¹⁷ sur les IOA

	Nombre total d'heures d'enseignement réalisées par le personnel de la structure	Nombre d'étudiants concernés par ces enseignements	Nombre total d'heures d'enseignement <u>coordonnées</u> par le personnel de la structure	Libellé des enseignements
2015				
2016				

¹⁷ Y compris dans le cadre du DIU national

IX – 33. POUR LES STRUCTURES DEJA LABELLISEES : participation du personnel de la structure aux groupes de travail ou aux réunions nationales proposées par la DGOS

	Nom de la personne participante et date de la réunion correspondante
2016	
2015	
2014	

La participation effective aux réunions est tracée dans les comptes-rendus DGOS (sauf congrès).

Principales réunions organisées récemment par la DGOS :

25 juin 2014, 7^e réunion nationale de coordination des CRIOA

17 décembre 2014, réunion nationale des médecins DIM des CRIOA

14 janvier 2015, réunion nationale sur la base de données du SI des CRIOA

25 mars 2015, réunion nationale intermédiaire des CRIOA

3 septembre 2015, 8^e réunion nationale de coordination des CRIOA (Lille)

25 mai 2016, 1^e réunion du comité scientifique des CRIOA

21 septembre 2016, 9^e réunion nationale de coordination des CRIOA

X – 34. PARTIE RESERVEE AUX STRUCTURES CANDIDATES JAMAIS LABELLISEES : relations avec le dispositif des centres IOA labellisés

La structure candidate a-t-elle déjà eu des collaborations avec le réseau des centres IOA (CRIOA) labellisés ?

☐ oui ☐ non

Si oui : **a** - Nom du ou des CRIOA labellisé(s) en relation avec la structure candidate :

b - Nature des collaborations (participation aux RCP, participation aux événements organisés par le CRIOA, demande ponctuelle d'avis, adressage de patients...) :

c - Nombre de dossiers de patients adressés au CRIOA pour avis en RCP

en 2015 : en 2016 :

d - Nombre de patients complexes adressés pour prise en charge au CRIOA :

en 2015 : en 2016 :

e - Commentaires sur la nature de ces relations, ou sur leur absence :

XI – 35. QUELLES DISPOSITIONS SERONT MISES EN ŒUVRE par la structure candidate pour s'assurer de l'homogénéité de son recrutement¹⁸ des patients IOA notamment complexes sur son territoire d'attractivité
proposé par la structure en réponse à la question 1 ?

Exemples : prise de contacts avec les structures orthopédiques privées, campagne d'information auprès des professionnels de ville, relai en établissements MCO, coopérations CRIOA correspondant-CRIOA coordonnateur...

XII – 36. DIFFICULTES EVENTUELLES pressenties par la structure candidate pour la réalisation de ses missions

XIII – 37. PROJETS de la structure en cas de labellisation effective
(organisation des soins, actions de coordination et d'animation loco-régionale, qualité, recherche et enseignement...) : précisez les échéances de réalisation.

¹⁸ Il s'agit d'assurer une couverture complète sans « trou » du territoire de recrutement choisi, pour les IOA complexes.